

Trabajo Fin de Grado

La sostenibilidad del sistema sanitario español: la
contratación centralizada y la compra pública de
innovación en Aragón

Autor/es

Gisela Ducaille Sinués

Director/es

José María Gimeno Feliu

Facultad de Derecho
2020

Tabla de contenido

1. Introducción	3
2. Evolución legislativa	5
3. Modelos sanitarios relevantes.....	10
4. El sistema nacional de salud español ante la crisis	12
4.1 El gasto sanitario	12
4.2 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones	14
5. La cuestionabilidad del sistema sanitario español.....	17
6. La evolución de la financiación sanitaria	19
7. Contratación centralizada	21
7.1 Las mesas de contratación en la contratación centralizada.....	26
7.1.1 Fase de preparación del contrato.....	28
7.1.2 Fase de adjudicación, formalización y ejecución del contrato.....	29
7.2 Equilibrio entre calidad de la prestación sanitaria y sostenibilidad financiera del sistema en la compra pública de medicamentos.....	29
8. Compra pública de innovación.....	31
8.1 Concepto y finalidad	31
9. Conclusión	34
10. Bibliografía.....	36

1. Introducción

El sistema sanitario español es envidiado en todo el mundo por sus dos principales características: la universalidad y la gratuidad. No obstante, tras la gran recesión de 2008 la sostenibilidad del sistema sanitario español comenzó a cuestionarse tanto por los profesionales del sector económico como del político. Durante y tras la crisis se adoptaron diversas medidas para tratar de solucionar los problemas que ésta había creado. Desde la Unión Europea, se ha promovido el uso de la contratación centralizada y la compra pública de innovación, dos herramientas que pretenden asegurar la sostenibilidad del sistema. Tras haber realizado mis prácticas en el Departamento de Presidencia de la Dirección General de Servicios Jurídicos del Salud, y haber estado presente en mesas de contratación, me pareció interesante ahondar más en estas dos herramientas y su relación con la sostenibilidad del sistema sanitario español.

A nivel estatal, en 2009 se realizó un gran cambio en el modelo de financiación autonómico tras la aprobación de la Ley 22/2009 de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias. Esta reforma derivó de las negociaciones producidas en el año 2005, tras conocerse las carencias del sistema anterior, para intentar solventar los principales problemas.

Además, hubieron de tomarse medidas drásticas para garantizar la sostenibilidad del sistema como el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

A nivel europeo, son reseñables la Directiva 2004/18/CE de 31 de marzo de 2004, sobre coordinación de los procedimientos de adjudicación de los contratos públicos de obras, de suministro y de servicios y la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE.

Estas dos directivas ponen de relieve la necesidad de implantar y/o desarrollar, por un lado la contratación centralizada, y por otro, la compra pública de innovación; dos

herramientas cuyo principal objetivo es reducir gastos, incrementar la calidad del servicio sanitario, y por ende, contribuir a una mayor sostenibilidad del sistema.

La primera parte del trabajo se inicia con la evolución legislativa en relación al sistema sanitario español (epígrafe 2). El epígrafe 3 contiene una breve explicación de los tipos de sistemas sanitarios más relevantes que sirve para comprender las bases de nuestro sistema. La contextualización del sistema de salud ante la crisis económica de 2008 se refleja en el epígrafe 4 que da paso a una explicación de los puntos más cuestionados de nuestro sistema (epígrafe 5) así como a la evolución del sistema de financiación del sistema sanitario (epígrafe 6).

En la segunda parte del trabajo, que corresponde a los epígrafes 7 y 8 se exponen los dos puntos de mayor interés del trabajo: la contratación centralizada y la compra pública innovadora como garantes de una mayor sostenibilidad.

2. Evolución legislativa

El sistema sanitario español tal y como lo conocemos a día de hoy es el resultado de multitud de reformas y políticas que han tenido lugar a lo largo de nuestra historia, y que sin duda alguna, han dado forma al actual sistema.

Probablemente el primer antecedente que se puede encontrar, y al que en efecto se debe de hacer referencia, es la promulgación de la Ley General de Beneficencia de 1822, seguida por un intento frustrado de proyecto de Código sanitario. Frustrado, dado que, fue un proyecto de Ley que no pudo aprobarse a causa de la caída de los liberales tras el trienio liberal y la vuelta al absolutismo, pero que en sí, representó el primer intento que hubo en España de una Ley sanitaria. Si bien las menciones referentes a la sanidad en la Constitución de Cádiz eran más bien escasas, su espíritu logró que se fuera estableciendo poco a poco un sistema basado en una visión global de los problemas de salud y en un intento inicial de establecer ciertos mecanismos de atención primaria, vigilancia de epidemias y prevención (Noguera, 1812-1986).

Los pequeños cambios que se introdujeron o las ideas que no prosperaron fueron evolucionando en las décadas posteriores y derivaron en la Ley de 28 de noviembre de 1855. La imposibilidad de llegar a un consenso sobre un nuevo texto de Ley sanitaria hizo que La Ley anterior extendiera su vigencia durante un largo período de tiempo. Isabel II fue quien la promulgó y principalmente daba cobertura a los aspectos de prevención de la enfermedad, quedando totalmente fuera de su ámbito cualquier problema individual así como la función asistencial (Viñes, 2006).

Ante la imposibilidad de aprobar una nueva ley se dictó el Real Decreto de 12 de enero de 1904 que aprobó la Instrucción General de Sanidad que venía a organizar institucionalmente el sistema sanitario y por tanto, sirviendo como antecedente de la estructura que presenta el sistema sanitario actual (Viñes, 2006).

Debido a las consecuencias derivadas de la Revolución Industrial, que produjo una evolución de la industria en España, la clase obrera comenzó a demandar más servicios sociales, lo que derivó en la creación de seguros obligatorios de enfermedad y el

régimen de Seguridad Social para cubrir el riesgo de enfermedad de las clases económicamente más débiles.

Pero no es hasta 1942 cuando podemos encontrar el primer antecedente de aseguramiento sanitario obligatorio relevante, año en el que se promulga la Ley de 14 de diciembre de 1942, que crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE en adelante), cuya gestión dependía del Instituto Nacional de Previsión. Este modelo consistía en un sistema de cobertura de los riesgos sanitarios sustentado por aportaciones provenientes de cuotas vinculadas al trabajo, es decir, derivadas exclusivamente de las relaciones laborales, y que se desarrolló enormemente como consecuencia del proceso paulatino de expansión económica producido entre los años cincuenta y setenta. Este seguro obligatorio no se basaba en la asistencia sanitaria universal sino que tuvo su inspiración en el modelo alemán implantado por Bismarck, al cual se le dedica un apartado especial en el trabajo, vinculado a las cotizaciones que aportaban los trabajadores. Este seguro resultaría reestructurado por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, que aprobaba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social¹.

Uno de los hitos positivos más importantes en esta evolución lo constituye la Constitución Española de 1978 que vino a trastocar todo el panorama nacional, imponiendo la necesidad de realizar modificaciones legales y estructurales en los años posteriores, en unos casos vinculadas a la materia de que se trata, la sanidad, y en otros motivados por la organización territorial mediante el traslado de ciertas competencias a las comunidades autónomas.

Y ello debido principalmente de una parte, a preceptos constitucionales como el artículo 43 que proclama el reconocimiento de derechos como la protección de la salud posibilitando la universalización del sistema y su diferenciación de la Seguridad Social (artículo 41) y de otra, a la nueva regulación de su Título VIII que supone la creación del estado de las autonomías que vendrá a cambiar todo el esquema administrativo y organizativo en España.

¹ Cabo Salvador, Javier. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Madrid, España, Centro de Estudios Financieros

Los primeros años tras la Constitución fueron momentos de gran tensión política y de una situación de crisis económica profunda que dificultaba las necesarias reformas que requerían las estructuras atrofiadas de la sociedad tras los 40 años de dictadura. Resultaba urgente reformar la sanidad y el sistema de protección social, que debía modernizarse y sistematizarse de manera importante.

Con este sentido se dictó el Real Decreto - Ley 36/1978, mediante el cual se procedía a una reorganización de todo el sistema de Seguridad Social que pretendía su simplificación y racionalización, para lo cual, además de la desaparición del Instituto Nacional de Previsión, planteó la extinción de todas las entidades gestoras de estructura mutualista y creó tres grandes entidades gestoras²:

- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que se encargaría de la gestión de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) que gestiona los servicios sociales complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social
- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) que se encarga de gestionar y administrar la prestación de los servicios de la Seguridad Social

A raíz de estos hechos se produjo en 1977 y 1979 la aparición del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y la del Instituto Nacional de la Salud, respectivamente (Fernández Fernández & Vaquera Mosquero, 2012).

Como normas posteriores a la Constitución señalar dos leyes específicas en esta materia. La primera de ellas, la Ley General de Sanidad de 14 de abril de 1986, que da fundamento a un nuevo modelo de sistema sanitario español y que reestructura totalmente el sistema. Se ponen las bases para que toda la acción protectora en relación con la salud, competencia del INSALUD, se integre en una única entidad y se produzcan los primeros traspasos de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas, en virtud del artículo 151 de la Constitución española. A través de esta nueva Ley, el Estado asume la prevención, tratamiento y rehabilitación de

² Fernández Fernández, Antonio; Vaquera Mosquero, Mercedes. (2012). Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria en España. *Encuentros multidisciplinares*. 14 (41), 3-4

la enfermedad que como consecuencia directa ha alargado la esperanza de vida de la población española (Fernández Fernández & Vaquera Mosquero, 2012).

La Ley 37/1988, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado, estableció un antes y un después respecto de la financiación de la asistencia sanitaria, donde se dejan a un lado las cotizaciones de la Seguridad Social para dar paso a una mayoritaria aportación del Estado a cargo de los Presupuestos Generales del Estado³.

En 1989 además se produce el cambio de financiación del gasto sanitario, que pasa a ser asumido por el Estado a través del sistema impositivo ordinario y además se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes (Tamayo Lorenzo P. A., 1993).

El Sistema Nacional de Salud queda configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Las previsiones en la Constitución y los Estatutos de Autonomía ha hecho que de forma progresiva, todas las Comunidades Autónomas hayan asumido competencias en materia de sanidad (Jefatura del Estado, 2003).

En la actualidad, y tras el traspaso a las CCAA, el antiguo Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), como organismo de gestión estatal, se ha transformado en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) suministrando la prestación sanitaria en Ceuta y Melilla fundamentalmente⁴.

La segunda, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el

³ Arzola Astacio, Héctor Luis (2017). *Derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros* (Trabajo fin de grado). Universidad de Burgos, Burgos

⁴ Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado, España. 3 de agosto de 2002

derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud⁵.

Es precisamente en esta Ley de 2003, en su artículo 7, donde se define que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, “tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención”⁶.

Con esta finalidad se crea una lista de prestaciones sanitarias (artículo 8 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) que pasan a formar parte del catálogo de prestaciones sanitarias y que se harán efectivas mediante la cartera de servicios acordada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Entre los motivos que se pueden atribuir a los problemas para mantener la universalización de la sanidad ha sido la enorme diseminación de la normativa y de el intento fallido de unificar regímenes por parte de la legislación de la Seguridad Social y de la Ley General de Sanidad. Esta dispersión normativa además de haber supuesto diferencias entre los individuos de la sociedad, ha provocado una situación de inseguridad, haciendo que la gestión de los servicios sanitarios públicos de las prestaciones sanitarias sea más compleja (González Rabanal & Villa Díez, s.f).

Si analizamos la historia no hay que olvidar la crisis económica que evidentemente tuvo un gran impacto en el modelo de sanidad en España, por lo que dada su importancia, y sus consecuencias en la cobertura actual, merece un apartado concreto para su explicación.

Es un hecho destacable la gran evolución que ha sufrido el sistema sanitario español, sin embargo, se podría hablar de un cierto estancamiento que se refleja en tres hechos (Fernández Fernández & Vaquera Mosquero, 2012):

⁵ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, España. 29 de mayo de 2003.

⁶ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, España. 16 de septiembre de 2006

- Una administración pública un tanto anticuada, lenta y no ajustada a la realidad actual
- Recursos humanos con una cualificación superior muy limitados
- Una lejanía con respecto al resto de países europeos, al encontrarse el porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB por debajo de la media europea

Por lo que el objetivo actual del sistema español no es otro que continuar ofreciendo los servicios de forma eficiente, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

No obstante, al hablar de la evolución del sistema sanitario es evidente que hay una relación directa entre modelo de Estado y asistencia sanitaria. Determinados modelos políticos han encarecido el sistema entremezclando la universalidad y la calidad de los servicios con el déficit económico. Lo que debería de plantearse es un modelo de gestión ideado para el largo plazo y no para el corto plazo, que estuviera vinculado a las necesidades sociales y a la pirámide normativa y no a planteamientos puramente políticos.

3. Modelos sanitarios relevantes

La historia permite diferenciar dos modelos esenciales de sistemas sanitarios. Hoy en día no hay una diferencia tan notoria entre unos y otros dado que la mayoría de sistemas sanitarios presentan características de ambos, si bien preservan lo que serían las principales notas que los caracterizan.

El primer modelo del que voy a hablar es el modelo Bismarck, que nació en 1883 y que probablemente pueda considerarse como el más antiguo de todos. Tiene su origen en Alemania, y es conocido por ser el Sistema sanitario público alemán. Este modelo toma su nombre del canciller prusiano Otto von Bismarck, quien es considerado uno de los padres de los incipientes estados del bienestar y de la seguridad social (Fundación MAPFRE, 2017).

Este modelo utilizaba un sistema de seguros financiado tanto por los empleadores como por los empleados mediante deducciones en la nómina. De esta forma se daba una

garantía de asistencia a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio. Para el caso de los trabajadores que no cotizaban, se crearon redes paralelas de beneficencia. Por tanto, se trata de un sistema financiado a través de las cotizaciones sociales y estrechamente ligado a las relaciones laborales (Fundación MAPFRE, 2017).

De esta forma quien se encuentra afiliado a la seguridad social tiene acceso a la provisión de servicios por parte de hospitales y médicos autónomos. Se puede decir que se trata de un sistema flexible y que otorga amplia voluntad a la capacidad de elección del paciente.

En la actualidad, sus características se podrían resumir en los siguientes puntos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, s.f):

- Financiados conjuntamente por empresarios y trabajadores a través de cuotas obligatorias o bien a través de impuestos
- Creación de unos fondos que gestionan los recursos financieros obtenidos. Se encargan de contratar los servicios pertinentes para proveer a los aseguradores, bien sea a través de contratos basados en un presupuesto o pagando por cada servicio
- Sistemas de reembolso y copagos

El segundo modelo se trata del Sistema Beveridge que surge en 1948 en Reino Unido, y es el que da origen al Sistema Nacional de Salud en muchos países. Toma su nombre de William Beveridge, político laborista británico, considerado una de las personalidades más influyentes en la estructuración del Welfare State de Reino Unido (Fundación MAPFRE, 2017).

A diferencia del modelo Bismarck, este sistema está financiado mediante impuestos, quedando totalmente desvinculado de la seguridad social o de la vida laboral del ciudadano (Fundación MAPFRE, 2017).

Si bien en este sistema es posible encontrar médicos privados, la mayoría de los médicos son empleados del gobierno y a su vez, la mayoría de los hospitales y clínicas son también propiedad del Estado.

Todos los países del norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido) adoptaron o retuvieron este modelo después de la segunda guerra mundial y España migró a este tipo de modelo a partir de 1980 (Fundación MAPFRE, 2017).

Se podrían resumir las características de este modelo de la siguiente forma:

- Financiación a través de los presupuestos del Estado (impuestos)
- Universalidad
- Control gubernamental
- Gran implicación del Estado en la gestión aunque existen ciertos copagos

Para concluir, y como ya se había puesto de manifiesto en el párrafo introductorio, ninguno de estos dos modelos se presenta con exactitud, en la forma en que ha sido explicado, sino que todos los servicios de salud de los países europeos cuentan con características de ambos sistemas, incluido el sistema español.

4. El sistema nacional de salud español ante la crisis

Para comprender la evolución hasta día de hoy de nuestro sistema sanitario español resulta imprescindible exponer las consecuencias que la crisis económica de 2008 ha provocado. Primero se expondrá la relación entre el gasto sanitario y la crisis y en segundo lugar, las medidas que desde el Gobierno se tomaron para afrontar esta crisis mediante el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

4.1 El gasto sanitario

El gasto sanitario público español se vio tremendamente afectado por la recesión de 2008. En la Tabla 1 se puede ver la evolución del gasto sanitario en los últimos 15 años, desde el año 2002 hasta el año 2017.



Tabla 1. Fuente: elaboración propia a través de datos del Ministerio de Sanidad

Hasta el año 2009 el gasto público en sanidad en España fue creciendo con rapidez alcanzando su máximo histórico. Es sencillo comprobar la relación directa de la crisis con la reducción del gasto público en sanidad. El gran descenso tiene lugar tras 2009 pasando de un gasto de 70.645.181 euros a 61.702.046 euros en 2013, casi 10 millones de euros menos de gasto. La explicación de este descenso en el gasto tiene que ver con las medidas de ajuste del gasto sanitario que se tomaron desde el Gobierno. Por un lado se debe mencionar el Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Y por otro lado, la reducción más notable producida en los años 2012 y 2013 que tiene que ver con medidas como el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el cual tiene su desarrollo en el epígrafe 4.3.

En los años posteriores a 2013 el gasto sanitario vuelve a alcanzar los niveles máximos logrados antes de la crisis.

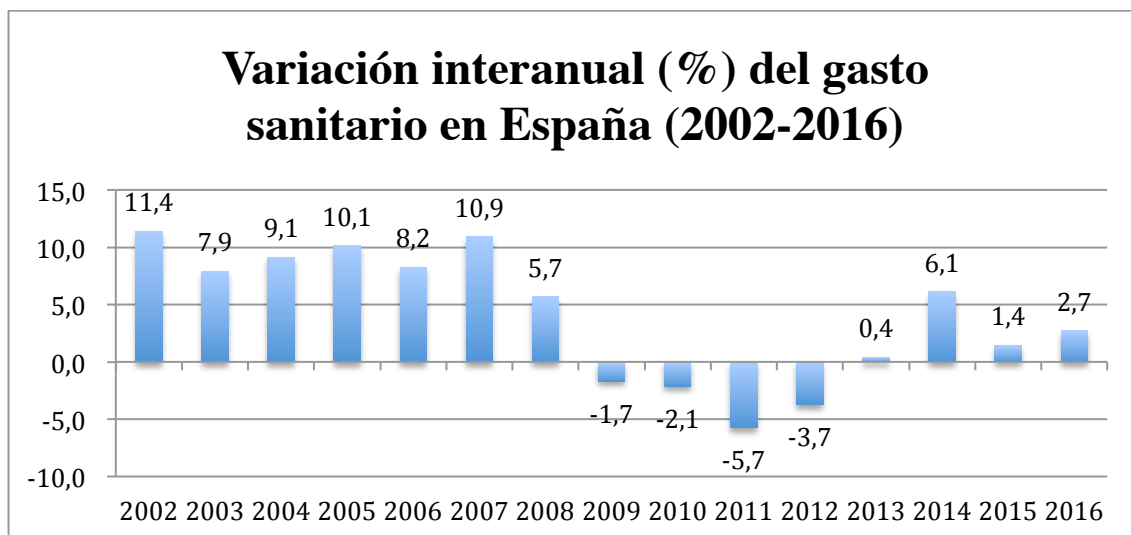


Tabla 2. Fuente: elaboración propia a través de datos del Ministerio de Sanidad

En la Tabla 2 se muestra la variación interanual del gasto sanitario en España desde el año 2002 hasta el año 2016. Una vez más se puede comprobar de manera evidente el impacto de la crisis económica, donde hay una reducción de 10,9 a 5,7 puntos porcentuales del gasto del año 2008 al año 2009, a partir del cual la variación interanual se vuelve negativa hasta el año 2012. A partir de entonces no encontramos con una variación interanual positiva, teniendo la variación más impactante en el año 2013-2014, que coincide con los años de recuperación posteriores a la crisis.

En cuanto a la relación entre el gasto sanitario y el PIB, España pasó de un 9% en 2010 a un 8,8% en 2013, estando muy próximos a la media de la OCDE que se encontraba en un 8,9%. No obstante, entre los años 2009 y 2012, España tuvo de las reducciones en gasto sanitario más drásticas en comparación con el resto de países, dado que éste se vio reducido en un 5% y solo se vio superado por Grecia (24%) o Irlanda (10%) (Martín, 2016).

4.2 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

Este Real Decreto-ley supone una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud para *“reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los*

sociales, y sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes”⁷.

Las medidas que en este Real Decreto-ley 16/2012 se adoptan se pueden resumir en los siguientes cinco puntos:

- Medidas respecto a la asistencia sanitaria en España por la que se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- La cartera común de Servicios del Sistema Nacional de Salud
- Medidas de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud
- Las medidas sobre la prestación farmacéutica por el que se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
- Medidas en materia de recursos humanos por el que se modifica la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

El primer punto que trata este Real Decreto-ley es en relación al derecho a la asistencia sanitaria en España. Modifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, volviendo a emplear el concepto de “asegurado” que fue eliminado en la Ley General de Sanidad de 1986, vinculando la relación de los ciudadanos con la Seguridad Social al derecho de acceso a la protección de la salud. Con esta medida la universalidad del sistema sanitario español se veía truncada, dado que tanto ciudadanos españoles (en particular, aquellos que habían emigrado temporalmente a otros países en busca de trabajo) como inmigrantes irregulares tenían dificultades para acceder al sistema de salud. En el caso de estos últimos dejaban de ser beneficiarios de la tarjeta sanitaria y únicamente se podrían beneficiar de la asistencia sanitaria en caso: “de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, de asistencia al embarazo, parto y puerperio y en todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años

⁷ Real Decreto 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, España. 24 de abril de 2012

recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”. (CECOVA, 2012)

En cuanto al segundo punto, sobre la reforma de la cartera común de servicios del sistema nacional de salud, se pueden encontrar dos de las medidas más controvertidas, la primera en relación al transporte sanitario no urgente (art. 8 ter.3), donde el usuario estaría sujeto a una aportación acorde al determinado por la prestación farmacéutica. Y por otro lado, la que se puede encontrar en el artículo 8 quáter, donde se establece que aquellas actividades que no se consideren esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estarán sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

En relación a las medidas de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud se crea el Fondo de Garantía Asistencial con el objetivo de compensar los servicios de asistencia sanitaria entre las Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla.

En cuarto lugar, con respecto a las medidas sobre la prestación farmacéutica, se actualiza la lista de medicamentos que quedan fuera de la financiación pública, pasando a formar parte de esta lista hasta un número de 426 medicamentos. No obstante, la medida más impactante y al igual que ocurría anteriormente, más controversial, fue la modificación del sistema de aportación de los usuarios en el pago de prestación farmacéutica, donde la aportación del usuario ahora será proporcional a su nivel de renta. Aquellas aportaciones que excedieran de las cantidades establecidas, serían reintegradas por las Comunidades Autónomas, lo que provocaba una situación difícil para aquellos pensionistas que debieran adelantar un 10% del coste de los medicamentos que consumían (CECOVA, 2012).

Y para finalizar, las medidas en materia de recursos humanos, se crea el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios con el objetivo de *“facilitar la adecuada planificación de las necesidades de profesionales sanitarios del Estado y coordinar las políticas de recursos humanos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud”* (Disposición adicional décima, Registro Estatal de Profesionales Sanitarios). Además se modifica la retribución del personal estatutario donde se desarrollarán métodos de evaluación para

valorar la productividad de los trabajadores y condicionar parte de la retribución en función de esto último (Jefatura del Estado, 2012).

Por lo tanto, como conclusión se puede decir que si bien el objetivo que perseguía este Real Decreto-ley giraba en torno al ahorro económico, éste también puso en duda las garantías del sistema sanitario español, que se sustentaban en la universalidad y la gratuidad de la prestación de la asistencia sanitaria. Otro gran debate que se magnificó a raíz de las medidas que acabamos de comentar fue si una mayor privatización sería la solución a los problemas que habían surgido.

5. La cuestionabilidad del sistema sanitario español

Tras la gran recesión de 2008 la sostenibilidad del sistema sanitario español comenzó a cuestionarse tanto por los profesionales del sector económico como del político. El gasto en sanidad se había visto disminuido a raíz de la crisis, si bien, a partir de 2013 comenzó a incrementarse progresivamente hasta la actualidad, alcanzando niveles similares a los logrados en 2009.

Este crecimiento en el gasto se ha visto motivado por dos factores: por un incremento de la demanda sanitaria y por un mayor coste de los componentes de la oferta. ¿Por qué ha tenido lugar un incremento de la demanda sanitaria? Principalmente por tres motivos: un evidente cambio demográfico con unos índices muy bajos de natalidad (8,41%)⁸ y una alta esperanza de vida (83,09 años)⁹. Esto hace que la sociedad española sea una sociedad envejecida, y por lo tanto, mayor probabilidad para la aparición de enfermedades crónicas. El segundo motivo, que guarda una estrecha relación con el primero sería el aumento de las enfermedades crónicas, no solo por el cambio demográfico sino por cambios en los hábitos de consumo y comportamiento. El incremento en el consumo de alcohol, los hábitos alimenticios, la actividad física, etc. Y en tercer lugar, las expectativas de los ciudadanos, que lógicamente han ido

⁸ INE. (2019). Tasa bruta de natalidad 2017. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

⁹ INE. (2019). Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo 2017. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

evolucionando con el paso del tiempo para dar con unos usuarios más exigentes y más demandantes del Sistema Sanitario¹⁰.

Por el lado de la oferta se debe tener en cuenta la evolución de la medicina y la tecnología sanitaria, dando lugar a innovaciones muy costosas que si bien suponen un gran valor añadido, el coste está muy por encima de lo que el sistema puede soportar. En segundo lugar, la complejidad del sector que dificulta la implantación de cambios, la adaptación a las diferentes innovaciones, y por tanto, hace que se requiera de un largo tiempo para la transición e implementación de las novedades pertinentes. En último lugar, la elevada fragmentación asistencial que se puede ver desde dos puntos de vista: desde el punto de vista de la longitudinalidad de la enfermedad donde el sistema se centra en el tratamiento de la enfermedad antes que en la prevención o en el seguimiento posterior a la enfermedad. Y por otro lado, la fragmentación en el continuo de cuidados, por la pobre coordinación entre niveles de asistencia y la información clínica que se pone a disposición del paciente, lo que tiene como consecuencia que haya vacíos de atención en pacientes o duplicidades (Deusto Business School Health, 2015).

El Sistema Sanitario español es un modelo financiado por impuestos y que convive con la concertación sanitaria y otras fórmulas público privadas (Martín Martín & López del Amo González, 2011). Es una realidad que el aseguramiento sanitario privado evita una mayor aglomeración dentro del Sistema Sanitario, gestionando una gran parte de los problemas relativos a la salud, y por lo tanto, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema (Herce, 2016).

Al hablar sobre la sostenibilidad del Sistema Sanitario español es un error pensar en un perfecto equilibrio entre gastos e ingresos, dado que teniendo en cuenta la realidad de los bajos ingresos y los elevados gastos, el objetivo debería de ser tratar de controlar el gasto total en proporción a los ingresos o al PIB (Herce, 2016).

A consecuencia de la crisis económica de 2008 se comenzaron a tomar ciertas medidas drásticas para controlar el gasto sanitario como las medidas presentes en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la

¹⁰ Deusto Business School Health. (2015). Las claves de la sostenibilidad del sistema sanitario. Págs. 5-8

sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Además de las medidas recogidas en este Real Decreto, se han tratado de implantar otras medidas de eficiencia y ahorro como la contratación centralizada o la compra pública innovadora, de las cuales se habla en los epígrafes 7 y 8.

Algunos economistas han lanzado nuevas propuestas para promover esta sostenibilidad que se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Perfeccionar el catálogo de prestaciones existente (Herce, 2016)
- Optimización de los procedimientos de compra agregadas por parte del SNS mediante la implantación de un sistema de información que permitiese a las comunidades autónomas conocer los precios de compra de los diferentes proveedores (Fernández, 2011)
- Promover y mejorar el desarrollo de los modelos colaborativos público-privados con la finalidad de aumentar la eficiencia en la usabilidad de los recursos (Herce, 2016)
- Implantación de estrategias educativas para promover un uso racional de los servicios del sistema (Fernández, 2011)
- El copago es otra de las medidas planteadas, si bien, no falta de controversia, por existir opiniones radicalmente opuestas, donde se pone en duda su eficacia y se proponen otras opciones como crear impuestos finalistas con la correspondiente reforma fiscal (Herce, 2016).

6. La evolución de la financiación sanitaria

La Constitución española en sus artículos 156 a 158 regula los aspectos básicos de la financiación autonómica donde se les dota de autonomía financiera (art. 156.1 CE). Es decir, se le concede la libertad de decidir sobre sus gastos e ingresos, si bien, teniendo en cuenta los principios de solidaridad, con respecto a guardar un equilibrio económico con el resto de comunidades, el principio de igualdad, evitando que los diferentes estatutos autonómicos atribuyan privilegios económicos o sociales, y el principio de coordinación con la Hacienda Estatal¹¹.

¹¹ Gobierno de España (s.f). Características del modelo de financiación autonómica. Ministerio de Política Territorial y Función Pública. Recuperado de <http://www.mptfp.gob.es>

El modelo de financiación autonómica actual es el resultado de un proceso que progresivamente llevó a crear el modelo de financiación autonómica de 2009.

Tras la proclamación de la Constitución en 1978 se adoptó el modelo autonómico como organización territorial del Sistema Nacional de Salud. La financiación entonces se efectuaba a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social según correspondía. Esto se conocía como financiación básica (Tamayo Lorenzo P. A., 1993). A partir de 1999, las cotizaciones sociales dejaron de formar parte de la financiación sanitaria y continuó efectuándose a través de los Presupuestos Generales del Estado, si bien a través de una partida presupuestaria especial de la Seguridad Social (Fernández, 2011).

En 2001 llegó el sistema de financiación autonómica creado por la Ley 21/2007 de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. El nuevo modelo pasó a financiarse mediante el sistema general de la financiación autonómica, desapareciendo esa partida presupuestaria especial. Las características de este modelo eran las siguientes (Fernández, 2011):

- Creación de un fondo común formado por los ingresos de cada Comunidad que se distribuían según lo acordado en cada Administración autonómica
- Se establece el método de cálculo de la financiación de cada Comunidad basado en las propias necesidades de financiación de la comunidad y los ingresos tributarios (impuestos propios y cedidos). Estas necesidades se calculaban en función de un criterio general (población, superficie, dispersión, renta, etc.), un criterio sanitario (población protegida, población mayor de 65 años y la insularidad) y un tercer criterio que se basaba en la población mayor de 65 años.
- Los ingresos de cada CCAA estaban formados por los impuestos propios y mayoritariamente por los impuestos cedidos
- Existencia de los fondos sanitarios: el fondo de cohesión sanitaria y el de incapacidad temporal

El sistema de financiación autonómico de 2009 se contiene en la Ley 22/2009 de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias. Esta reforma derivó de las negociaciones producidas en el año 2005, tras conocerse las carencias del sistema anterior, para intentar solventar los principales problemas (Herrero Alcalde, Ruiz-Huerta Carbonell, & Vizán Rodríguez, 2010).

Los tres puntos a destacar de este nuevo modelo de financiación son:

- Las Comunidades Autónomas se financian con las tasas y la recaudación de los tributos cedidos, de los tributos compartidos donde el porcentaje de recaudación es algo mayor que en el anterior sistema, más la transferencia del nuevo Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales y más la transferencia del Fondo de Suficiencia Global (Herrero Alcalde, Ruiz-Huerta Carbonell, & Vizán Rodríguez, 2010).
- Creación de un mecanismo nivelador de los recursos que corrige los problemas del sistema anterior donde el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales se reparte entre las comunidades en función de la población ajustada (Bassols, Bosch, & Vilalta, 2010)
- Creación de tres fondos con el objetivo de lograr la viabilidad de la implementación del sistema: fondo de suficiencia, fondo de competitividad y el fondo de cooperación (Bassols, Bosch, & Vilalta, 2010).

Esta reforma produce una mayor descentralización tributaria, una mejora del sistema de nivelación, una actualización anual de las principales variables, las de necesidad y las de capacidad fiscal, del modelo entre otras cosas. Pero por otro lado, la aplicación de todas estas novedades es realmente compleja dificultando la posibilidad de obtener los resultados esperados en la práctica (Herrero Alcalde, Ruiz-Huerta Carbonell, & Vizán Rodríguez, 2010).

7. Contratación centralizada

Como en numerosas ocasiones ocurre, la necesidad de implantar el sistema de contratación centralizada surge desde el ámbito de la Unión Europea a través de la Directiva 2004/18/CE de 31 de marzo de 2004, sobre coordinación de los procedimientos de adjudicación de los contratos públicos de obras, de suministro y de servicios (Gallego Córcoles, 2012). En la actualidad ha sido derogada por la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE.

El objetivo de la contratación centralizada es incrementar la eficacia en la actividad contractual de los entes públicos, tanto desde la perspectiva económica, que permite aprovechar las economías de escala y por ende, reducir costes, como desde la perspectiva de gestión, evitando que se produzca la multiplicidad de órganos de contratación que se dediquen a adquirir productos similares (Gallego Córcoles, 2012). En definitiva, contribuir a una mayor sostenibilidad de la Administración pública.

Dentro del sector de la contratación se puede encontrar el sistema de contratación centralizada. Este concepto se encuentra definido en el art. 2 del Decreto 207/2008, de 21 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se distribuyen competencias en materia de contratación centralizada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón y sus Organismos Autónomos: *“aquella que se realiza por un órgano de contratación para otros órganos, bien mediante la conclusión de los correspondientes contratos o acuerdos marco para la adquisición directa de suministros o servicios, o bien mediante la celebración de acuerdos marco con uno o varios empresarios para la homologación de obras, servicios y suministros durante un período de tiempo determinado”*.

La Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (actualmente derogada) traspuso lo recogido en la Directiva 2004/18/CE si bien algunos de los aspectos regulados ya tenían sus precedentes en el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio (Gallego Córcoles, 2012).

La vigente Directiva 2014/24/UE de 26 de febrero de 2014 sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE, define el concepto de central de compras en su artículo segundo apartado primero decimosexto de la siguiente manera: “*un poder adjudicador que realiza actividades de compra centralizadas y, eventualmente, actividades de compra auxiliares*”. Por su parte, el art. 37 dispone que “*los Estados miembros podrán disponer que los poderes adjudicadores puedan adquirir suministros y/o servicios a una central de compras que ofrezca la actividad de compra centralizada mencionada en el artículo 2, apartado 1, punto 14, letra a)*”.

A nivel estatal, en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, establece en su artículo 227 que “*las entidades del sector público podrán centralizar la contratación de obras, servicios y suministros, atribuyéndola a servicios especializados*”. En cuanto a las modalidades de contratación se encuentra por un lado la adquisición centralizada y por otro, la homologación (artículo 2 del DECRETO 207/2008, de 21 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se distribuyen competencias en materia de contratación centralizada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón y sus Organismos Autónomos).

Con respecto a la adquisición centralizada, el órgano de contratación especializado es el que se encarga de adquirir los suministros y contratar los servicios destinados al resto de los órganos de contratación, repercutiendo más tarde el coste económico proporcionalmente al gasto realizado por las unidades peticionarias. Y en relación a la homologación, el órgano competente para la contratación centralizada celebra acuerdos marco en virtud de los cuales se podrá más adelante celebrar contratos derivados.

Se trata de una competencia compartida con el Estado, regulada en el Estatuto de Autonomía de Aragón en su artículo 75 apartado 12º: “*en el ámbito de las competencias compartidas, la Comunidad Autónoma de Aragón ejercerá el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica que establezca el Estado en normas con rango de ley, excepto en los casos que se determinen de acuerdo con la Constitución, desarrollando políticas propias. Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida*”.

en las siguientes materias: 12.ª régimen jurídico, procedimiento, contratación y responsabilidad de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma”.

De esta forma se reconoce a la Comunidad Autónoma de Aragón la competencia compartida en el sector de la contratación, para lo que fue aprobada la Ley 3/2011, de 24 de febrero, de medidas en materia de Contratos del Sector Público de Aragón, posteriormente modificada por la Ley 3/2012, de 8 de marzo y por la Ley 10/2012 de 27 de diciembre¹².

El art. 3 del Decreto 207/2008, de 21 de octubre, del Gobierno de Aragón, remite al Anexo donde figura el Catálogo de Contratación Centralizada del que forman parte tanto obras, servicios como suministros:

- Servicios de adquisición centralizada
 - Servicios de vehículos con conductor
 - Servicios de seguros: vehículos, incendios y responsabilidad patrimonial
 - Servicios de desinfección, desinsectación y desratización
 - Servicios postales
 - Servicios de traslados de equipamiento
 - Servicios de agencias de viajes
 - Reconocimientos médicos
- Suministros de adquisición centralizada
 - Material ordinario no inventariable de oficina
 - Papel de fotocopidora
 - Tóner y material auxiliar de informática
 - Impresos, tasas y sobres impresos de carácter general
 - Papel y plásticos sanitarios y productos y útiles de limpieza
 - Prensa diaria y publicaciones periódicas
 - Mobiliario de oficina y complementario
 - Equipos de informática e informática móvil
 - Combustibles de calefacción
 - Maquinaria diversa de oficina y equipos audiovisuales

¹² Gobierno de Aragón (s.f). Presentación. Recuperado de http://www.aragon.es/Contratacion/NP/ci.txt_01_nPresentacion.detallePresidente

- Servicios homologados:
 - o Servicios de seguridad
 - o Servicio de limpieza de los edificios administrativos
 - o Servicios de mensajería y paquetería
 - o Servicios de telecomunicaciones
 - o Servicios de mantenimiento de maquinaria de oficina, equipos audiovisuales y hardware de microinformática
 - o Servicios de recogida de tóner y cartuchos de tinta
 - o Servicios de soporte al sistema de información de recursos humanos
- Suministros homologados
 - o Vehículos de turismo, transporte e mercancías y todoterreno
 - o Material de telecomunicaciones
 - o Lencería sanitaria y asistencial
 - o Equipos de protección individual
 - o Prendas de trabajo
 - o Energía eléctrica y gas
- Obras homologadas
 - o Pintura

Los órganos competentes en el ámbito de la contratación centralizada son el Consejero de Presidencia, la Comisión de Contratación Centralizada, la Dirección General de Organización, Inspección y Servicios y los órganos de contratación de los Departamentos del Gobierno de Aragón y de los Organismos Autónomos (artículo 4 Decreto 207/2008). Las competencias que cada uno de estos órganos posee se encuentran reguladas en los artículos 5, 6, 7 y 8 del mismo Decreto.

Como ya se ha puesto de manifiesto anteriormente, la finalidad de la contratación centralizada es racionalizar los recursos, de forma que se reduzcan los gastos y lograr una mayor eficiencia y funcionalidad en la gestión de los contratos. En el ámbito sanitario, el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, anunció la creación de una Plataforma de Compras

Centralizada, con la intención de ahorrar hasta mil millones de euros (Gallego Córcoles, 2012).

Según datos de la Comisión de Contratación Centralizada de 2017 el Gobierno de Aragón redujo sus gastos homologados en un 4,25% hasta 18.834.100 euros siendo éste el segundo mejor registro desde 2007. En concreto, se especifican los contratos marco en los que se ha producido esta reducción: vigilancia y seguridad, gasóleo, lencería sanitaria, mobiliario de oficina, pintura de edificios y patentes, marcas y dominios (Efe, 2017).

En el sector de la salud, objeto de este trabajo, uno de los mayores gastos se produce en la prestación farmacéutica (Fernández, 2011). Es por eso que el Gobierno de Aragón pretende reducir drásticamente los gastos en el sector farmacéutico. Según datos de marzo de 2019, el Consejo de Gobierno ha autorizado al Salud a tramitar un acuerdo marco para la compra centralizada de medicamentos de uso hospitalario, con un importe de hasta 957 millones de euros para los próximos cuatro años. Se pretenden reducir los precios creando economías de escala y mediante el sistema de compra centralizada racionalizar y mejorar la eficiencia en el aprovisionamiento de centros y servicios de sanidad que gestiona el Salud. Esta medida ha sido una reacción a las críticas obtenidas el año anterior a través de un informe de la Cámara de Cuentas sobre gestión del Salud que puso en entredicho la gestión realizada. Las indicaciones dadas para la mejora de la gestión giraron en torno al uso de la contratación centralizada y los procedimientos de licitación exigidos por la normativa vigente (Alonso, 2019). En el siguiente epígrafe se aborda esta cuestión desde un punto de vista cualitativo, cuestionando el criterio de adjudicación habitual (el coste de los medicamentos).

7.1 Las mesas de contratación en la contratación centralizada¹³

Tras la realización de mis prácticas en el Departamento de Presidencia de la Dirección General de Servicios Jurídicos del Salud, tuve ocasión de asistir a numerosas mesas de contratación, que justamente pretenden valorar las diferentes ofertas propuestas por los licitadores, seleccionando aquella que mejor se ajuste a las necesidades, en este caso,

¹³ Ley 3/2011, de 24 de febrero, de medidas en materia de Contratos del Sector Público de Aragón

del sistema sanitario, teniendo en cuenta tanto su calidad como su precio. En concreto, las funciones específicas de las mesas de contratación se pueden encontrar en el artículo 326 apartado segundo de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público:

- *La calificación de la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos previos a que se refieren los artículos 140 y 141, y, en su caso, acordar la exclusión de los candidatos o licitadores que no acrediten dicho cumplimiento, previo trámite de subsanación.*
- *La valoración de las proposiciones de los licitadores.*
- *En su caso, la propuesta sobre la calificación de una oferta como anormalmente baja, previa tramitación del procedimiento a que se refiere el artículo 149 de la presente Ley.*
- *La propuesta al órgano de contratación de adjudicación del contrato a favor del licitador que haya presentado la mejor oferta, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 145, según proceda de conformidad con el pliego de cláusulas administrativas particulares que rija la licitación.*
- *En el procedimiento restringido, en el diálogo competitivo, en el de licitación con negociación y en el de asociación para la innovación, la selección de los candidatos cuando así se delegue por el órgano de contratación, haciéndolo constar en el pliego de cláusulas administrativas particulares.*

No obstante, el Real Decreto 817/2009, de 8 de mayo por el que se desarrolla parcialmente la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, ahonda más en la cuestión y diferencia las funciones de las mesas de contratación en función del tipo de licitación que se trata: procedimiento abierto, restringido o negociado, en su artículo 22.

En cuanto a la composición de las mesas, estas deben de estar formadas por un Presidente, un Secretario y, al menos, cuatro vocales, que serán designados por el órgano de contratación. De entre estos cuatro vocales, deberá de estar presente un

funcionario que tenga asignado el asesoramiento jurídico del órgano de contratación y un interventor.

No obstante, las mesas de contratación del sistema estatal de contratación centralizada, deberán de estar presididas por el Director General del Patrimonio del Estado y vice presididas por el Subdirector General de Compras. Como vocales deberán de figurar un representante del Ministerio de la Presidencia, otro del Ministerio de Economía y Hacienda y otro del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, el Abogado del Estado que tenga encomendado el asesoramiento jurídico de la Dirección General del Patrimonio del Estado, el Interventor Delegado de la Intervención General de la Administración del Estado en el Ministerio de Economía y Hacienda y dos funcionarios de la ya mencionada Dirección General.

En cuanto a lo que el procedimiento se refiere, este dependerá de la fase en la que nos encontremos:

1. Fase de preparación del contrato (arts. 4-7 de la Ley 3/2011, de 24 de febrero, de medidas en materia de Contratos del Sector Público de Aragón)
2. Fase de adjudicación, formalización y ejecución del contrato (arts. 8-13 de la Ley 3/2011, de 24 de febrero, de medidas en materia de Contratos del Sector Público de Aragón)

7.1.1 Fase de preparación del contrato

Cuando se trate de contratos de obras con un importe superior a los 30.000 euros o, en el caso de contratos de servicios y suministros superiores a los 6.000 euros IVA excluido, es necesario valorar las ofertas de, al menos, tres empresas. Asimismo, en esta fase previa a la adjudicación del contrato, los candidatos propuestos deberán de presentar la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos previos. No obstante, en los procedimientos negociados y simplificados, que no requieran constituir Mesa de contratación, se permitirá a los licitadores presentar una declaración responsable donde se reconozca el cumplimiento de los requisitos exigidos. Será, cuando el licitador sea propuesto como adjudicatario, cuando deba aportar la documentación que acredite su capacidad, representación y solvencia.

7.1.2 Fase de adjudicación, formalización y ejecución del contrato

En primer lugar se procede a la apertura de las ofertas. Únicamente se podrá requerir información a los licitadores en caso de correcciones necesarias o aclaraciones sobre la oferta realizada.

Una vez vistas todas las ofertas presentadas, se procede a la valoración de todas ellas teniendo en cuenta los criterios de adjudicación establecidos previamente. En caso de empate en la puntuación entre varios licitadores, y no existan criterios de desempate, se procederá con aquella empresa que presente un porcentaje más alto de trabajadores con discapacidad, siempre y cuando, este no sea inferior al dos por ciento. Si aún así no se logra desempatar, se procederá con aquella empresa que presente un menor porcentaje de trabajadores temporales, siempre que no sea superior al diez por ciento, y por último, en caso de persistir el empate, a favor de aquella empresa que demuestre las mejores prácticas en materia de igualdad de género. En última instancia, en caso de continuar el empate, se finalizará con un sorteo.

En el caso de un procedimiento simplificado de adjudicación de contratos, el proceso varía ligeramente. En primer lugar, se fijarán las condiciones jurídicas, económicas y técnicas de ejecución del contrato, incluidos los criterios que servirán más tarde para la adjudicación del contrato. El plazo para la presentación de las ofertas deberá de ser superior a diez días e inferior a veinte días naturales, a contar desde el día siguiente a la publicación del anuncio de licitación del contrato en el perfil del contratante. La constitución de la mesa es potestativa en este tipo de procedimientos. El licitador a cuyo favor se haya adjudicado la propuesta, deberá de presentar la documentación exigida en el plazo de cinco días hábiles. Tras la recepción de la documentación exigida, el órgano de contratación adjudicará el contrato en el plazo de días hábiles.

7.2 Equilibrio entre calidad de la prestación sanitaria y sostenibilidad financiera del sistema en la compra pública de medicamentos¹⁴

Hasta ahora, el elemento clave que ha fijado los criterios de adjudicación en la compra pública de medicamentos ha sido el coste. Al margen ha quedado como criterio

¹⁴ Gimeno Feliu, J.M. (2019). La compra pública de medicamentos: hacia el necesario equilibrio entre calidad de la prestación asistencial y sostenibilidad financiera del sistema. Universidad de Zaragoza.

adjudicador la calidad. En la exposición de motivos de la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público (LCSP), se refleja el trasfondo de la contratación pública: *“diseñar un sistema de contratación pública, más eficiente, transparente e íntegro, mediante el cual se consiga un mejor cumplimiento de los objetivos públicos”*. Con tal fin, debe imperar el resultado final del contrato y no el momento de adjudicación. En definitiva, se debe atender a la calidad de la prestación del servicio.

El artículo 146 LCSP, que regula la aplicación de los criterios de adjudicación, establece como criterios adjudicadores, aquellos basados en el coste, esto es, criterios basados en el precio, en la rentabilidad o en el coste del ciclo de vida. Sin embargo, se propone hacer un cambio en la regulación de este artículo, añadiendo como criterio fijador aquél basado en la calidad, aquél que atienda a la mejor calidad-precio.

La adjudicación basada en la calidad no conlleva un mayor gasto ni perjudica la sostenibilidad del sistema. Es más, una mayor calidad está directamente relacionada con una mayor eficiencia. Es el resultado final lo que se debe tener en cuenta y no el precio más bajo, dado que, en última instancia se estaría poniendo en riesgo la protección de la salud, un derecho constitucional (artículo 43 de la Constitución). Para asegurar el equilibrio entre un sistema de calidad y a su vez, eficiente, es necesaria la implementación de nuevas fórmulas de gestión. La compra pública de innovación sería una de ellas. Asimismo, nuevos sistemas de retribución de los contratistas que incentiven a una mejor ejecución. Un ejemplo de ello sería el sistema de retribución vinculado al criterio de Value-Based HealthCare o de gestión de riesgos compartidos.

A modo de conclusión, para asegurar un sistema sostenible y eficiente donde no se ponga en riesgo la salud de los pacientes, la modificación de los criterios de adjudicación de los contratos de compra pública de medicamentos, sería necesaria. Un sistema basado en el resultado final y no en el momento de la adjudicación, donde se tenga en cuenta la relación calidad-precio y no solo el ahorro de costes.

8. Compra pública de innovación

8.1 Concepto y finalidad

La compra pública de innovación (en adelante, CPI) es un acto administrativo que trata de fomentar la innovación y potenciar posibles soluciones enfocadas a la innovación desde el lado de la demanda a través de la contratación pública¹⁵.

La compra pública innovadora se ha implantado en Aragón a raíz de la transposición de la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014. En esta directiva se define qué se entiende por innovación en su artículo segundo apartado 22º, de la siguiente manera: *“introducción de un producto, servicio o proceso nuevos o significativamente mejorados, que incluye, aunque no se limita a ellos, los procesos de producción, edificación o construcción, un nuevo método de comercialización o un nuevo método de organización de prácticas empresariales, la organización del lugar de trabajo o las relaciones exteriores, entre otros con el objetivo de ayudar a resolver desafíos de la sociedad o a apoyar la Estrategia Europa 2020 para un crecimiento inteligente, sostenible e integrado”*. Además en su Considerando número 39 pone de manifiesto la importancia de que la contratación pública fomente la innovación.

Los motivos por los que es importante que las Administraciones innoven en sus compras son por un lado las consecuencias positivas que esto supone para el crecimiento futuro, las mejoras que esto supondría en la prestación de los servicios públicos dado que se trabajaría sobre un pliego de prescripciones funcionales¹⁶ y además se reduciría el riesgo de la inversión en innovación y desarrollo que las empresas realizarían, dado que tendrían un gran cliente asegurado: la Administración pública¹⁷.

¹⁵ CPI Aragón (s.f). Sobre CPI. Recuperado de <http://cpi.aragon.es/>

¹⁶ José María Gimeno Feliu. Compra pública de innovación. Universidad de Zaragoza

¹⁷ Subdirección General de Fomento de la Innovación Empresarial del Ministerio de Economía y Competitividad. (2015). Guía 2.0 para la compra pública de innovación. Recuperado de <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/07/Guia-2.0-CPI.pdf>

La compra pública de innovación presenta dos procedimientos según las características del proyecto:

- Compra pública de tecnología innovadora (CPTI): se basa en la compra pública de un bien o servicio que debe ser desarrollado a lo largo de un lapso de tiempo medianamente razonable pero que no existe en el instante de la compra. Para llevar a cabo esta compra se debe de modernizar la tecnología o bien desarrollarla desde cero por completo.
- Compra pública pre-comercial (CPP): se basa en la contratación de servicios de I+D, donde el comprador público no solo adquiere para él el uso exclusivo de la tecnología I+D sino que además hace partícipes de ello a otras empresas con el objetivo de encontrar soluciones innovadoras que desbanquen a las ya existentes en el mercado.

El marco jurídico de la compra pública de innovación se encuentra plasmado en el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP) y en la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

Por el lado de la Ley de Contratos del Sector Público, el art. 22 en su apartado segundo establece que *“los entes, organismos y entidades del sector público velarán por la eficiencia y el mantenimiento de los términos acordados en la ejecución de los procesos de contratación pública, favorecerán la agilización de trámites, valorarán la innovación y la incorporación de alta tecnología como aspectos positivos en los procedimientos de contratación pública y promoverán la participación de la pequeña y mediana empresa y el acceso sin coste a la información, en los términos previstos en la presente Ley”*.

Otra disposición en la que se puede encontrar información relativa a la compra pública de innovación es el artículo 11.1 apartado c) sobre los contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado: *“son contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado aquellos en que una Administración Pública o una Entidad pública empresarial u organismo similar de las Comunidades Autónomas encarga a una entidad de derecho privado, por un período determinado en función de la duración de la amortización de las inversiones o de las fórmulas de financiación que se prevean,*

la realización de una actuación global e integrada que, además de la financiación de inversiones inmateriales, de obras o de suministros necesarios para el cumplimiento de determinados objetivos de servicio público o relacionados con actuaciones de interés general, comprenda alguna de las siguientes prestaciones: ... c) La fabricación de bienes y la prestación de servicios que incorporen tecnología específicamente desarrollada con el propósito de aportar soluciones más avanzadas y económicamente más ventajosas que las existentes en el mercado”.

Y por último la Disposición final quinta que trata de fomentar la contratación pre-comercial de la que ya se ha hecho constancia anteriormente: *“el Consejo de Ministros, mediante acuerdo, fijará dentro de los presupuestos de cada Departamento ministerial y de cada Organismo público vinculado con o dependiente de la Administración General del Estado, las cuantías necesariamente destinadas a la financiación de contratos a los que hace referencia el artículo 4.1.r) de esta Ley. Una parte de las mismas podrá reservarse a pequeñas y medianas empresas innovadoras”.*

Por otro lado en la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación encontramos el artículo 44 en su apartado tercero, que establece los ejes prioritarios del Plan Estatal de innovación: *“se impulsará la contratación pública de actividades innovadoras, con el fin de alinear la oferta tecnológica privada y la demanda pública, a través de actuaciones en cooperación con las Comunidades Autónomas y con las Entidades Locales, de acuerdo con lo señalado por la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible. Los departamentos ministeriales competentes aprobarán y harán público un plan que detalle su política de compra pública innovadora y pre-comercial”.*

En particular, dentro del sector sanitario aragonés, se han producido numerosos proyectos de compra de innovación, entre los cuales se pueden destacar los siguientes:

- Evolución y mejora del portal guíasalud a través de la utilización de nuevas tecnologías: este proyecto conocido también como el proyecto BiGS tratar de renovar la web para GuíaSalud con el objetivo de facilitar su uso al usuario además de desarrollar herramientas de búsqueda inteligente .

- Servicio inteligente de gestión y producción de lavandería y lencería del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: el objetivo de este proyecto, conocido también como proyecto SIGLA, es desarrollar un sistema de inteligencia para la gestión y la producción de las prendas del Hospital Clínico Universitario. El objetivo fundamental es mejorar el proceso de lavandería y lencería el hospital que no ha sido modificado en más de 25 años resultando en un servicio desgastado y con dificultades para prestarlo de forma continua, sin interrupciones. Más en concreto, este proyecto busca la contratación de un servicio para procesar la ropa de forma que se requiera adecuar las instalaciones existentes a éste. Específicamente las dos áreas que este proyecto pretendía mejorar eran:
 - Lencería: el objetivo era desarrollar un sistema inteligente de identificación e información de la ropa de uniformidad basándose en el uso de tecnologías TIC que permitiera identificar, tratar y clasificar de una forma automática los datos de los usos, usuarios e informes.
 - Lavandería: se quería disponer de un Sistema de procesado de ropa que aumentase la capacidad productiva de prendas lavadas y procesadas en un +50% por turno haciendo el proceso más eficiente haciendo que los costes disminuyan y las condiciones de trabajo mejoren.
- Proyecto Empattics: empoderamiento de pacientes para una mejor información y mejora de los sistemas de comunicación: es un proyecto que trata de implementar las TIC para optimizar la auto-gestión y monitorización clínica de pacientes con enfermedades crónicas
- Servicio de registro y promoción de la adherencia a medicamentos en pacientes ancianos (SAMPA): consiste en utilizar las nuevas tecnologías para mejorar el proceso farmacoterapéutico de los pacientes a los que se distribuyen medicamentos desde la Unidad de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza

9. Conclusión

Tras la crisis económica de 2008 la sostenibilidad y calidad del sistema sanitario español fue puesta en duda. Desde el gobierno se implementaron medidas de urgencia

para tratar de reducir el gasto sanitario, como el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Los sectores más vulnerables de la población, esto es, los inmigrantes y las clases económicas más bajas, experimentaron dificultades de acceso a los servicios sanitarios. Desde entonces hasta la actualidad, parece que se han recuperado los valores principales que caracterizaban al sistema sanitario español en los años anteriores a la crisis económica: la universalidad y gratuidad.

No obstante, el sistema sanitario español se enfrenta a un doble reto: mantener la calidad de sus prestaciones y garantizar su sostenibilidad en un largo plazo. A lo largo del trabajo se han puesto de manifiesto las distintas opciones existentes encaminadas a garantizar dicha sostenibilidad, y que requiere de un trabajo conjunto de las fuerzas sociales y políticas.

De todo ello se desprende que convendría fomentar, en primer lugar, una mayor concienciación ciudadana, en la que la población realice un cambio responsable en sus hábitos personales (mejor alimentación, más ejercicio, etc.), que contribuirían a una reducción en los factores de riesgo, y con ello disminuir las prestaciones sanitarias innecesarias ligadas a un estilo de vida poco saludable. Para ello se requiere activar las políticas de prevención sanitaria, donde los usuarios se responsabilicen a la par de las acciones que se efectúen.

En segundo lugar, desarrollar e implementar eficazmente políticas que contribuyan a la sostenibilidad del sistema sin disminuir la calidad de los servicios y sin perjudicar a los sectores de la población más desamparada. Por un lado, aumentar los ingresos fiscales, y por otro, hacer del sistema de provisión sanitaria un sistema más eficaz.

En tercer lugar, impulsar a un mayor nivel el uso de la contratación centralizada y la compra pública de innovación, dos grandes contribuyentes hacia una mayor sostenibilidad sanitaria. Sus resultados, además de tener un gran impacto económico, repercuten directamente en la salud y en el bienestar de los ciudadanos. Por ello, la innovación en el sector sanitario, cumple un papel esencial de cara al futuro.

En definitiva, queda un largo recorrido por delante hasta alcanzar las metas propuestas, pero los cambios son necesarios si se quiere hacer del sistema sanitario español un sistema sostenible, eficaz y de calidad de cara al largo plazo. Asimismo no se puede obviar la presente situación originada a raíz de la propagación de la enfermedad del coronavirus 2019 que va a suponer un gran reto para la sanidad pública española, donde se podrá comprobar la utilidad de estas dos herramientas.

10. Bibliografía

Alonso, J. (27 de 03 de 2019). La DGA quiere ahorrar en medicamentos con la compra centralizada durante cuatro años. *Heraldo de Aragón* .

Arzola Astacio, H. L. (2017). *Derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros*. Universidad de Burgos, Burgos.

Bassols, M., Bosch, N., & Vilalta, M. (2010). El modelo de financiación autonómica de 2009: descripción y valoración. *Monografies* (13), 5-54.

Cabo Salvador, Javier. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Madrid, España, Centro de Estudios Financieros

CPI Aragón. (s.f.). Recuperado el 04 de 05 de 2019, de CPI Aragón: <http://cpi.aragon.es/>

Efe. (25 de 12 de 2017). La DGA reduce en un 4,25% sus gastos homologados este año. *Heraldo de Aragón* .

Deusto Business School Health. (2015). *Las claves de la sostenibilidad del sistema sanitario*.

Fundación MAPFRE. (2017). *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes*.

Fernández Fernández, A., & Vaquera Mosquero, M. (2012). Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria en España. *Encuentros multidisciplinares* , 14 (41), 3-4.

Fernández, J. V. (2011). Sostenibilidad del sistema sanitario. Crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro. *ESTUDIOS* , 21 (2), 29-30.

Gallego Córcoles, I. (2012). La racionalización de la contratación pública en el ámbito de la sanidad. *PONENCIAS* , 22, 26-40.

Gimeno Feliu, J.M. (2019). La compra pública de medicamentos: hacia el necesario equilibrio entre calidad de la prestación asistencial y sostenibilidad financiera del sistema. Universidad de Zaragoza.

Gobierno de Aragón. (s.f.). Recuperado el 2019, de http://www.aragon.es/Contratacion/NP/ci.txt_05_nContratacion_centralizada.detallePresidente

Gobierno de España (s.f). Características del modelo de financiación autonómica. Ministerio de Política Territorial y Función Pública. Recuperado de <http://www.mptfp.gob.es>

González Rabanal, M., & Villa Díez, P. (s.f). *Uned*. Recuperado el 07 de 05 de 2019, de Cursos Abiertos de la Uned: http://ocw.innova.uned.es/01_COMA/estado_bienestar/contenidos/html/M5/lecturas_complementarias/universalizacion_asistencia_sanitaria__Pablo_Villa_1.pdf

Herce, J. A. (2016). La sostenibilidad del sistema sanitario en España. *Actuarios* , 38, 28-29.

Herrero Alcalde, A., Ruiz-Huerta Carbonell, J., & Vizán Rodríguez, C. (2010). La reforma de la financiación autonómica de 2009. *REAF* (11), 169-205.

INE. (2019). Tasa bruta de natalidad 2017. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

INE. (2019). Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo 2017. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Jefatura del Estado. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.

Jefatura del Estado. (2012). *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, España. 29 de mayo de 2003.

Ley 3/2011, de 24 de febrero, de medidas en materia de Contratos del Sector Público de Aragón. Boletín Oficial del Estado, España. 7 de abril de 2011.

Noguera, L. F. (1812-1986). *Historia del Sistema Sanitario español (Debates parlamentarios, 1812-1986)*.

Martín Martín, J. J., & López del Amo González, M. d. (2011). La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. *Ciência & Saúde Coletiva* , 16 (6), 2774.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.*

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (s.f). *Los sistemas sanitarios en los países de la UE, características e indicadores de salud en el siglo XXI.*

Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado, España. 3 de agosto de 2002

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, España. 16 de septiembre de 2006

Real Decreto 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, España. 24 de abril de 2012

Salvador, J. C. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Madrid: Centro de Estudios Financieros.

Subdirección General de Fomento de la Innovación Empresarial del Ministerio de Economía y Competitividad. (2015). Guía 2.0 para la compra pública de innovación. Recuperado de <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/07/Guia-2.0-CPI.pdf>

Tamayo Lorenzo, P. A. (1993). La sanidad pública en España: evolución reciente y perspectivas de futuro. *Boletín de la Facultad de Derecho* , 4, 195-196.

Viñes, J. J. (2006). *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra*. Pamplona: Gobierno de Navarra.